



**DOSSIER D'INSCRIPTION**  
**SERVICE ENFANCE ET JEUNESSE**  
**MAIRIE DE MELGVEN**

Année scolaire  
 2018-2019

A remplir par les parents ou les responsables légaux, à raison d'une fiche par enfant

---- Responsable légal de l'enfant ----

NOM PRENOM Mr : ..... NOM PRENOM Mme : .....

Lien avec l'enfant : Père  Mère  Tuteur  Organisme

Allocataire CAF  n°..... MSA  n°.....

Coordonnées de facturation (à renseigner obligatoirement)

Adresse postale : .....

Code postal : ..... Ville : .....

N° téléphone fixe : ..... N° téléphone portable : .....

Nom de la compagnie d'assurance : ..... D'adhérent : .....

En cas de changement d'adresse ou de téléphone, veuillez informer le service Enfance et Jeunesse au 02 98 97 92 46

Situation familiale des parents (à renseigner obligatoirement)

Célibataire  Marié  Union libre  Pacsé  Divorcé \*  Séparé \*  Veuf

\*dans le cas où une décision de justice est intervenue, fournir la copie du jugement concernant les dispositions relatives à la garde de l'enfant

Mère

Père

Nom : ..... Prénom : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tel fixe : .....

Tel fixe : .....

Tel Mobile : .....

Tel Mobile : .....

Tel pro : .....

Tel pro : .....

Adresse courriel : .....

Adresse courriel : .....

Personne(s) à contacter en cas d'absence des parents et/ou susceptible de venir chercher l'enfant à la fin des activités (renseignement obligatoire) :

Nom & Prénom	Adresse	Téléphone(s)	Lien avec l'enfant

---- Enfant ----

Nom et prénom : ..... Date de naissance : .....

Ecole fréquentée par l'enfant (2017-2018) : ..... Classe (rentrée 2018) : .....

---- La restauration scolaire ----

Type d'abonnement :

Régulier (tous les jours)  Occasionnelle (au ticket) :

Certains jours, Préciser le(s) jour(s) Lundi :  Mardi :  Jeudi :  Vendredi :

---- Les accueils de loisirs périscolaires (Garderie matin et soir) ----

Merci de préciser si votre enfant fréquentera l'accueil

Accueil du matin (7h-8h35) :

Régulier (tous les jours)  Occasionnelle  Jamais

Certains jours, préciser le(s) jour(s) Lundi  Mardi  Mercredi  Jeudi  Vendredi

Accueil du soir (16h30-19h) :

Régulier (tous les jours)  Occasionnelle  Jamais

Certains jours, préciser le(s) jour(s) Lundi  Mardi  Jeudi  Vendredi

\*Veuillez informer le service enfance 24h avant chaque présence.

---- Les autorisations ----

À la suite de l'école : (dès 16h30)

- Je viens récupérer mon enfant.  
(ou personne autorisée)
- Mon enfant est autorisé à rentrer seul  
(uniquement pour les enfants d'élémentaire).
- Mon enfant rejoindra l'accueil périscolaire.
- Mon enfant prend le car scolaire.

À la suite de l'ALSH (dès 17h)

- Je viens récupérer mon enfant  
(ou personne autorisée)
- Mon enfant est autorisé à rentrer seul  
(uniquement pour les enfants d'élémentaire).
- Mon enfant rejoindra la garderie.

Droit à l'image :

Autorisez-vous l'utilisation de l'image de votre enfant ?  Oui  Non

---- Le transport scolaire ----

Mon enfant prend le car :  Le matin  Le soir (dès 16h30)

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pour l'accueil de l'enfant.  
Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé et sera rendue au terme de l'accueil.

Nom : .....	Prénom : .....	Garçon <input type="checkbox"/>	Fille <input type="checkbox"/>
Date de naissance : .....		Lieu de naissance : .....	
Nom et téléphone du médecin traitant (Facultatif) : .....			

### I - Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires (né avant 2018)	Dernier rappel		Vaccins obligatoires (né à partir de 2018)	Date	
	oui	non		oui	non
Diphtérie			Méningocoque C		
Tétanos			Pneumocoque		
Poliomyélite			Coqueluche		
Ou DT Polio			Hépatite B		
Ou Tétracoq			ROR (Rougeole, Oreillons, Rubéole)		
Autres (préciser)			L'haemophilus influenzae B		

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

### L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

### II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un traitement médical ?  oui  non

**Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants**  
(dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant).

Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

### L'enfant a-t-il des allergies ?

Médicamenteuses	Alimentaire	Asthme	Autres
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

### Si oui, Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir

**Indiquer les difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

L'enfant bénéficie-t-il d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ?  oui  non

*Toute allergie alimentaire et traitement médical spécifique doivent être signalés obligatoirement au directeur, qui remet aux parents le document précisant la procédure en la matière.*

Le PAI\* nécessite-t-il une trousse d'urgence ?  oui  non

Régime alimentaire :  Tous aliments  Sans Porc  Autre (préciser) : .....

### III - Recommandations utiles des parents :

Port de lunettes	Appareil dentaire	Appareil auditif	Enurésie nocturne
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Autres informations que vous jugez utiles de transmettre au service :

Je soussigné, Mme, M. .... Responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable le service à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Reconnais avoir pris connaissance et approuve le règlement intérieur du service Enfance et Jeunesse de Melgven, qui m'a été remis lors de l'inscription de mon ou mes enfants. (consultables sur le site [www.melgven.fr](http://www.melgven.fr))

Signature (précédée de la mention lu et approuvé) :

Date :